

ASSIGNMENT OF BENEFITS, ASSIGNMENT OF RIGHTS TO PURSUE ERISA AND OTHER LEGAL AND ADMINISTRATIVE CLAIMS ASSOCIATED WITH MY HEALTH INSURANCE AND/ OR HEALTH BENEFIT PLAN (INCLUDING BREACH OF FIDUCIARY DUTY) AND DESIGNATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

I the undersigned (the “Patient”), having healthcare benefit coverage through a group (including a self-funded and employer/employee benefit plan), Medicare, Medicaid and/or individual healthcare plan (collectively, the “Plan”), hereby appoint and assign as my authorized representative, Clear Lake Specialties, PA or any of its subsidiaries including but not limited to ASSIGNMENT OF BENEFITS, ASSIGNMENT OF RIGHTS TO PURSUE ERISA AND OTHER LEGAL AND ADMINISTRATIVE CLAIMS ASSOCIATED WITH MY HEALTH INSURANCE AND/ OR HEALTH BENEFIT PLAN (INCLUDING BREACH OF FIDUCIARY DUTY) AND DESIGNATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE I the undersigned (the “Patient”), having healthcare benefit coverage through a group (including a self-funded and employer/employee benefit plan), Medicare, Medicaid and/or individual healthcare plan (collectively, the “Plan”), hereby appoint and assign as my authorized representative, Clear Lake Specialties, PA or any of its subsidiaries including but not limited to: Bay Area Foot and Ankle Specialist pa, Clear Lake Cardiology PLLC, Clear Lake Oncology PLLC, Clear Lake Primary Care PLLC, Clear Lake Podiatry PLLC, Clear Lake Wound Care PLLC, Endocrinology Clinic at Clear Lake Specialties, S&S Foot Specialists PA, Infectious Diseases Clinic at Clear Lake Specialties PLLC, Kidney Hypertension Transplant Clinic of Clear Lake PLL, Mosaic Clinic LLC, Neurology Clinic at Clear Lake Specialties PLLC, South Texas Foot Specialist PA, and Webster Rehabilitation Specialists LLC. (collectively, the “Group”) the right to pursue payment for benefits, and take any and all necessary steps, including pursuing administrative appeals and remedies, filing suit and all causes of action wholly in my stand for benefit payment of all medical benefits to the Patient for medical services, treatments, therapies, and/or medications rendered or provided by the Provider under the Plan, regardless of the Provider’s managed care network participation status. The Patient hereby appoints the Provider, Clear Lake Specialties, PA and/or the Provider’s subsidiaries including but not limited to the group, the Patient’s rights, title, and interests in and to, and related to the recovery of, any and all benefits which the Patient is entitled to receive under the Plan or insurance policy, and authorizes the Provider to release all medical information necessary to pursue and process the Patient’s benefits and claims thereunder. I certify that the health insurance information that I provided is accurate. I hereby authorize provider to submit claims, on my and/or my dependent’s behalf, to the benefit plan (or its administrator). I also hereby instruct my benefit plan (or its administrator) to pay the Provider directly for all services rendered to me or my dependents. To the extent that my current policy prohibits direct payment to provider, I hereby instruct and direct my benefit plan (or

its plan administrator) to provide governing plan documentation stating such non-assignment to myself and the provider upon request and its standing to governing laws. Upon proof of such non-assignment, I instruct my benefit plan (or its administrator) to make the check payable to me and mail it directly to the provider. I irrevocably hereby designate, authorize and appoint the Provider, Clear Lake Specialties, PA, its subsidiaries, including but not limited to the group, its attorneys as my true and lawful attorney-in-fact to: (1) release any information necessary to my health benefit plan (or its administrator) regarding my illness and treatments; (2) process insurance claims generated in the course of examination or treatment; to make any request; to present or to produce evidence; to file and obtain any claim, appeal or external review information; to receive any notice in connection with my claim, appeal or external review; wholly in my stead. (3) To file and participate in any administrative or judicial review process; obtain information or submit evidence regarding the claim to the same extent as me; and make statements about facts or law. (4) to act as my authorized representative in connection with my request for an external review by the HHS Federal External Review Process. I authorize this individual to make any request; to present or to produce evidence; to obtain external review information; and to receive any notice in connection with my external review, wholly in my place. I understand that personal medical information related to my appeal may be disclosed to the representative indicated below; (5) to give the provider and its attorneys standing to pursue payment and file suit for benefits and any fiduciary breach and all causes of action available under ERISA and Section 502, 27 § U.S.C. 1132(a); (6) to pursue all necessary benefit payments, appeal rights, remedies and all causes of action, wholly in my stead; (7) to pursue a claim for benefits and to recover all applicable penalties for any fiduciary breach or failure by my plan, its fiduciary and/or its claims administrator to comply with 29 USC § 1132 and (8) allow a photocopy of my signature to be used to process insurance claims. This power of attorney is hereby provided for the limited purpose of receiving all payments, rights and remedies due under my governing Health and Welfare Plan or policy to include all benefits entitled for all services rendered and/or ordered by my treating physician. This power of attorney will remain in effect until all benefits are paid in full compliance of applicable federal and state laws. I hereby confirm and ratify all actions taken by my attorney-in-fact pursuant to the authority granted herein. This order will remain in effect until revoked by me in writing. I understand revocation of this appointment will not affect any action taken in reliance on this appointment before my written notice of revocation is received. I understand that, by signing this form, I am confirming my appointment of my authorized representative, the scope of my authorized representative's authority, and the option of revoking of this appointment.

, (collectively, the "Group") the right to pursue payment for benefits, and take any and all necessary steps, including pursuing administrative appeals and remedies, filing suit

and all causes of action wholly in my stand for benefit payment of all medical benefits to the Patient for medical services, treatments, therapies, and/or medications rendered or provided by the Provider under the Plan, regardless of the Provider's managed care network participation status. The Patient hereby appoints the Provider, Clear Lake Specialties, PA and/or the Provider's subsidiaries including but not limited to the group, the Patient's rights, title, and interests in and to, and related to the recovery of, any and all benefits which the Patient is entitled to receive under the Plan or insurance policy, and authorizes the Provider to release all medical information necessary to pursue and process the Patient's benefits and claims thereunder. I certify that the health insurance information that I provided is accurate. I hereby authorize provider to submit claims, on my and/or my dependent's behalf, to the benefit plan (or its administrator). I also hereby instruct my benefit plan (or its administrator) to pay the Provider directly for all services rendered to me or my dependents. To the extent that my current policy prohibits direct payment to provider, I hereby instruct and direct my benefit plan (or its plan administrator) to provide governing plan documentation stating such non-assignment to myself and the provider upon request and its standing to governing laws. Upon proof of such non-assignment, I instruct my benefit plan (or its administrator) to make the check payable to me and mail it directly to the provider. I irrevocably hereby designate, authorize and appoint the Provider, Clear Lake Specialties, PA, its subsidiaries, including but not limited to the group, its attorneys as my true and lawful attorney-in-fact to: (1) release any information necessary to my health benefit plan (or its administrator) regarding my illness and treatments; (2) process insurance claims generated in the course of examination or treatment; to make any request; to present or to produce evidence; to file and obtain any claim, appeal or external review information; to receive any notice in connection with my claim, appeal or external review; wholly in my stead. (3) To file and participate in any administrative or judicial review process; obtain information or submit evidence regarding the claim to the same extent as me; and make statements about facts or law. (4) to act as my authorized representative in connection with my request for an external review by the HHS Federal External Review Process. I authorize this individual to make any request; to present or to produce evidence; to obtain external review information; and to receive any notice in connection with my external review, wholly in my place. I understand that personal medical information related to my appeal may be disclosed to the representative indicated below; (5) to give the provider and its attorneys standing to pursue payment and file suit for benefits and any fiduciary breach and all causes of action available under ERISA and Section 502, 27 § U.S.C. 1132(a); (6) to pursue all necessary benefit payments, appeal rights, remedies and all causes of action, wholly in my stead; (7) to pursue a claim for benefits and to recover all applicable penalties for any fiduciary breach or failure by my plan, its fiduciary and/or its claims administrator to comply with 29 USC § 1132 and (8) allow a photocopy of my signature to be used to process insurance claims. This power of

attorney is hereby provided for the limited purpose of receiving all payments, rights and remedies due under my governing Health and Welfare Plan or policy to include all benefits entitled for all services rendered and/or ordered by my treating physician. This power of attorney will remain in effect until all benefits are paid in full compliance of applicable federal and state laws. I hereby confirm and ratify all actions taken by my attorney-in-fact pursuant to the authority granted herein. This order will remain in effect until revoked by me in writing. I understand revocation of this appointment will not affect any action taken in reliance on this appointment before my written notice of revocation is received. I understand that, by signing this form, I am confirming my appointment of my authorized representative, the scope of my authorized representative's authority, and the option of revoking of this appointment.

CESIÓN DE BENEFICIOS, CESIÓN DE DERECHOS PARA PERSEGUIR ERISA Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS CON MI SEGURO DE SALUD Y/O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO EL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN FIDUCIARIA) Y DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, el abajo firmante (el "Paciente"), que tengo cobertura de beneficios de atención médica a través de un grupo (incluyendo un plan de beneficios autofinanciado y de empleador/empleado), Medicare, Medicaid y/o un plan de atención médica individual (colectivamente, el "Plan"), por medio de la presente designo y asigno como mi representante autorizado, Clear Lake Specialties, PA o cualquiera de sus subsidiarias, incluyendo, pero no limitado a, la ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, CESIÓN DE DERECHOS A SEGUIR ERISA Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS CON MI PLAN DE SEGURO DE SALUD Y/O DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y LA DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO, yo, el abajo firmante (el "Paciente"), teniendo cobertura de beneficios de salud a través de un grupo (incluyendo un plan de beneficios autofinanciado y un plan de beneficios de empleador/empleado), Medicare, Medicaid y/o un plan de salud individual (colectivamente, el "Plan"), por medio de la presente designo y asigno como mi representante autorizado, Clear Lake Specialties, PA o cualquiera de sus subsidiarias, incluyendo pero no limitado a: Bay Area Foot and Ankle Specialist PA, Clear Lake Cardiology PLLC, Clear Lake Oncology PLLC, Clear Lake Primary Care PLLC, Clear Lake Podiatry PLLC, Clear Lake Wound Care PLLC, Endocrinology Clinic en Clear Lake Specialties, S&S Foot Specialists PA, Infectious Diseases Clinic en Clear Lake Specialties PLLC, Kidney Hypertension Transplant Clinic de Clear Lake PLL, Mosaic Clinic LLC, Neurology Clinic en Clear Lake Specialties PLLC, South Texas Foot Specialist PA, y Webster Rehabilitation

Specialists LLC (colectivamente, el "Grupo") el derecho de perseguir el pago de los beneficios, y tomar todas y cada una de las medidas necesarias, incluyendo la presentación de apelaciones y recursos administrativos, la presentación de la demanda y todas las causas de la acción en su totalidad en mi estado para el pago de beneficios de todos los beneficios médicos al Paciente por servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por el Proveedor bajo el Plan, sin importar el estado de participación en la red de atención administrada del Proveedor. Por medio de la presente, el Paciente designa al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA y/o a las subsidiarias del Proveedor, incluyendo pero no limitándose al grupo, los derechos del Paciente, título, e intereses en y para, y relacionados con la recuperación de, cualquier y todos los beneficios que el Paciente tenga derecho a recibir bajo el Plan o póliza de seguro, y autoriza al Proveedor a divulgar toda la información médica necesaria para perseguir y procesar los beneficios y reclamos del Paciente bajo el mismo. Certifico que la información de seguro de salud que proporcioné es exacta. Por medio de la presente autorizo al proveedor a presentar reclamaciones, en mi nombre y/o en el de mi dependiente, al plan de beneficios (o a su administrador). Por medio de la presente también instruyo a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que pague directamente al Proveedor por todos los servicios que se me presten a mí o a mis dependientes. En la medida en que mi política actual prohíba el pago directo al proveedor, por medio de la presente instruyo y dirijo a mi plan de beneficios (o a su administrador del plan) para que proporcione la documentación del plan gobernante que declare dicha no asignación a mí mismo y al proveedor cuando lo solicite y su situación ante las leyes vigentes. Al comprobar que no se ha hecho tal asignación, le doy instrucciones a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que me haga el cheque pagadero y lo envíe por correo directamente al proveedor. Yo irrevocablemente designo, autorizo y nombro al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA, sus subsidiarias, incluyendo pero no limitado al grupo, sus abogados como mi verdadero y legítimo apoderado: (1) divulgar cualquier información necesaria para mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar los reclamos de seguro generados en el curso de un examen o tratamiento; hacer cualquier solicitud; presentar o producir evidencia; para presentar y obtener cualquier reclamo, apelación o información de revisión externa; para recibir cualquier notificación en relación con mi reclamo, apelación o revisión externa; totalmente en mi representación. (3) Presentar y participar en cualquier proceso de revisión administrativa o judicial; Obtener información o presentar pruebas con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; y hacer declaraciones sobre los hechos o la ley. (4) actuar como mi representante autorizado en relación con mi solicitud de una revisión externa por parte del Proceso Federal de Revisión Externa del HHS. Autorizo a esta persona a hacer cualquier solicitud, a presentar o a producir pruebas, a obtener información de revisión externa y a recibir cualquier notificación en relación con mi revisión externa, totalmente en mi representación. Entiendo que la

información médica personal relacionada con mi apelación puede ser revelada al representante indicado abajo; (5) otorgarle al proveedor y a sus abogados la facultad de iniciar el pago y presentar una demanda por beneficios y cualquier incumplimiento fiduciario y todas las causas de acción disponibles bajo ERISA y la Sección 502, 27 § U.S.C. 1132(a); (6) para iniciar todos los pagos de beneficios necesarios, derechos de apelación, recursos y todas las causas de acción, totalmente en mi representación; (7) perseguir un reclamo de beneficios y recuperar todas las penalidades aplicables por cualquier violación o incumplimiento fiduciario de mi plan, su fiduciario y/o su administrador de reclamos para cumplir con 29 USC § 1132 y (8) permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro. Este poder notarial se proporciona con el propósito limitado de recibir todos los pagos, derechos y remedios debidos bajo mi Plan o póliza de Salud y Bienestar para incluir todos los beneficios con derecho a todos los servicios prestados y/u ordenados por mi médico tratante. Este poder notarial permanecerá en efecto hasta que todos los beneficios se paguen en pleno cumplimiento de las leyes federales y estatales aplicables. Por la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi apoderado legal de conformidad con la autoridad otorgada en este documento. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que la revocación de este nombramiento no afectará ninguna acción tomada en base a este nombramiento antes de que se reciba mi notificación escrita de revocación. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi nombramiento de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado y la opción de revocar este nombramiento, (colectivamente, el "Grupo") el derecho de perseguir el pago de los beneficios, y tomar todas y cada una de las medidas necesarias, incluyendo la interposición de recursos y recursos administrativos, la presentación de demandas y todas las causas de acción en mi estado para el pago de beneficios de todos los beneficios médicos al Paciente por servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por el Proveedor bajo el Plan, sin importar el estado de participación en la red de atención administrada del Proveedor. Por medio de la presente, el Paciente designa al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA y/o a las subsidiarias del Proveedor, incluyendo pero no limitándose al grupo, los derechos del Paciente, título, e intereses en y hacia, y relacionados con la recuperación de, cualquier y todos los beneficios que el Paciente tiene derecho a recibir bajo el Plan o póliza de seguro, y autoriza al Proveedor a divulgar toda la información médica necesaria para perseguir y procesar los beneficios y reclamos del Paciente bajo el mismo. Certifico que la información de seguro de salud que proporcioné es exacta. Por medio de la presente autorizo al proveedor a presentar reclamaciones, en mi nombre y/o en el de mi dependiente, al plan de beneficios (o a su administrador). Por medio de la presente también instruyo a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que pague directamente al Proveedor por todos los servicios que se me presten a mí o a mis dependientes. En la medida en que mi política actual prohíba el pago directo al

proveedor, por la presente instruyo y dirijo a mi plan de beneficios (o a su administrador del plan) para que proporcione la documentación del plan gobernante que declare dicha no asignación a mí mismo y al proveedor cuando lo solicite y su situación ante las leyes vigentes. Al comprobar que no se ha hecho tal asignación, le doy instrucciones a mi plan de beneficios (o a su administrador) para que me haga el cheque pagadero y lo envíe por correo directamente al proveedor. Yo irrevocablemente designo, autorizo y nombro al Proveedor, Clear Lake Specialties, PA, sus subsidiarias, incluyendo pero no limitado al grupo, sus abogados como mi verdadero y legítimo apoderado: (1) divulgar cualquier información necesaria para mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar los reclamos de seguro generados en el curso de un examen o tratamiento; para hacer cualquier solicitud; presentar o producir pruebas; presentar y obtener cualquier reclamación, apelación o información de revisión externa; recibir cualquier notificación en relación con mi reclamación, apelación o revisión externa; totalmente en mi representación. (3) Presentar y participar en cualquier proceso de revisión administrativa o judicial; obtener información o presentar pruebas con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; y hacer declaraciones sobre los hechos o la ley. (4) actuar como mi representante autorizado en relación con mi solicitud de una revisión externa por parte del Proceso Federal de Revisión Externa del HHS. Autorizo a esta persona a hacer cualquier solicitud, a presentar o a producir pruebas, a obtener información de revisión externa y a recibir cualquier notificación en relación con mi revisión externa, totalmente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser revelada al representante indicado abajo; (5) para que el proveedor y sus abogados estén en condiciones de proseguir con el pago y entablar una demanda por beneficios y cualquier incumplimiento fiduciario y todas las causas de acción disponibles bajo ERISA y la Sección 502, 27 § U.S.C. 1132(a); (6) perseguir todos los pagos de beneficios necesarios, derechos de apelación, recursos y todas las causas de acción, totalmente en mi representación; (7) perseguir un reclamo de beneficios y recuperar todas las penalidades aplicables por cualquier incumplimiento fiduciario o incumplimiento de mi plan por parte de mi fiduciario, su fiduciario y/o su administrador de reclamos para cumplir con 29 USC § 1132 y (8) permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro. Este poder notarial se proporciona con el propósito limitado de recibir todos los pagos, derechos y remedios debidos bajo mi Plan o póliza de Salud y Bienestar para incluir todos los beneficios con derecho a todos los servicios prestados y/u ordenados por mi médico tratante. Este poder notarial permanecerá en efecto hasta que todos los beneficios se paguen en pleno cumplimiento de las leyes federales y estatales aplicables. Por medio de la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi apoderado legal de conformidad con la autoridad otorgada en este documento. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que la revocación

de este nombramiento no afectará ninguna acción tomada en base a este nombramiento antes de que se reciba mi notificación escrita de revocación. Entiendo que, al firmar esta forma, confirmo mi nombramiento de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado y la opción de revocar este nombramiento.